Predicción del reconocimiento emocional mediante variables clínicas: Implicaciones teóricas y terapéuticas

Prediction of emotional recognition through clinical variables: Theoretical and therapeutic implications

Manuel Sánchez-García*, Francisco Martínez-Sánchez y Carlos J. van der Hofstadt Román*****

Resumen

Este estudio forma parte de una investigación dirigida a valorar el proceso cognitivo-emocional de reconocimiento emocional en pacientes somatizadores. Para la autoevaluación de la reacción emocional en las dimensiones afectivas de valencia y activación, se recurrió a un procedimiento que minimiza el empleo de habilidades y comprensión verbal. El objetivo específico, ha sido verificar si la alexitimia predice las respuestas de autoinforme en mayor medida que otras variables clínicas (BDI, STAI, SCL-90-R, síntomas somáticos). Hipotetizábamos que la puntuación obtenida en la TAS-20 realizaría una mejor predicción. Los resultados muestran que el principal predictor ha sido el malestar psicológico (puntuación total del SCL-90-R) y no la alexitimia. Estos resultados sugieren que el reconocimiento emocional es una integración de diversos procesos cerebrales de toma de conciencia, donde influyen: el estado físico, el malestar psicológico y la valencia de los estímulos. Se discuten las repercusiones en el ámbito clínico de estos resultados.

Palabras clave: Alexitimia. Trastornos somatoformes. Emoción. Regulación emocional.

*FED. Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Ambulatoria Campoamor (Alicante). Agencia Valenciana de Salud.
**Profesor Titular del Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
***FED. Psicólogo Clínico. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

Correspondencia: Dr. D. Manuel Sánchez-García.
Facultativo Especialista en Psicología Clínica
Centro de Salud de Campoamor. Unidad de Salud Mental Ambulatoria Campoamor
Plaza de América, 4
03010 Alicante
e-mail: msanchez048g@cv.gva.es

Summary

This study is part of an investigation aimed to assessing the cognitive-emotional process of emotional recognition in somatizing patients. For obtaining the self-assessment of their emotional reaction in the affective dimensions of valence and activation it has been resorted to a procedure which minimizes the use of verbal skills and comprehension. The specific objective was to verify wether alexithymia predicts the selfreports scores to a greater extent than other clinical variables (BDI, STAI, SCL-90-R, somatic symptoms). We hypothesized that the best predictor would be the score on the TAS-20. The results showed that the main predictor was the psychological distress (total score of SCL-90-R) but wasn't alexithymia. These results suggest that emotion recognition is an integration of various brain processes of awareness, with the influence of physical status, psychological distress and stimuli's valence. We discuss the clinical implications of these results.

Key words: Alexithymia. Somatoform disorders. Emotion. Emotional regulation.

INTRODUCCIÓN

Los resultados del presente estudio forman parte de una investigación dirigida a comprobar si el proceso cognitivo-emocional de reconocimiento de la propia emoción es deficitario, en relación a la condición clínica y a la alexitimia en los sujetos que presentan somatizaciones. Este objetivo principal de estudio ha estado motivado por la convicción en la propuesta de algunos autores, sobre la necesidad de dirigir la atención a los procesos patológicos que subyacen al malestar somático funcional, antes que a su fenomenología o a su clasificación (Kirmayer y Robbins, 1991; Sensky, 1994; Taylor, Bagby y Parker, 1997).

En esta línea, Taylor et al. (1997) proponen el estudio de la alexitimia, un trastorno de la regulación afectiva caracterizado por la dificultad para identificar y expresar estados afectivos, como un factor de riesgo para padecer somatizaciones y otras alteraciones emocionales y orgánicas.

Dentro del contexto de verificación del potencial déficit de procesamiento cognitivo-emocional, este artículo se ocupa de las variables clínicas que mejor predicen la autoevaluación del reconocimiento de emociones. Debido a que la identificación de emociones es un proceso básico imprescindible para que sea posible la regulación emocional, los resultados de este estudio pueden facilitar el establecimiento de objetivos-diana y estrategias útiles para tratar a individuos con dificultades en el proceso de reconocimiento de emociones.

La observación clínica, ha concluido tradicionalmente que los pacientes alexitímicos responden pobremente al psicoanálisis u otras formas de psicoterapia orientadas al "insight" (Taylor et al., 1997), respondiendo mejor a las psicoterapias que no exigen el acceso a estados internos afectivos y cognitivos. Igualmente, se ha considerado a la alta alexitimia como un mal pronóstico en el tratamiento de los trastornos de somatización (Bach y Bach, 1995). Pese a ello, algunos autores han llegado a encontrar resultados que ofrecían disminuciones de la puntuación de alexitimia en sujetos sometidos a intervención terapéutica (Beresnevaité, 1995; Fukunishi, Ichikawa, Ichikawa y Matsuzawa, 1994; Grabe et al., 2008), indicando disminuciones en la puntuación de los sujetos en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), junto con mejorías en otros aspectos evaluados después de intervenciones grupales. También se han encontrado mejorías con terapia grupal psicoanalítica en diversos trastornos; pero al alta, presentaron mayor psicopatología los sujetos con alta alexitimia que los no-alexitímicos (Grabe et al., 2008).

Las investigaciones que han empleado el análisis de regresión, concluyen que la puntuación en alexitimia predice el padecimiento de enfermedad (Bach y Bach, 1996; Cohen, Auld y Brooker, 1994; Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1991; Kooiman, Bolk, Brand, Trijsbur y Rooijmans, 2000; San-

dín, Santed, Chorot y Valiente, 1996; Wise, Mann, Hryvniak, Mitchell y Hill, 1990). Por el contrario, la tendencia a experimentar e informar de síntomas físicos predice la presencia de alexitimia (Bach y Bach, 1996; Cohen et al., 1994). De forma específica, Cohen et al. (1994) refieren que más que una determinada patología, psiquiátrica o psicosomática, es la presentación de síntomas físicos la mejor predicción de la alexitimia. Una visión complementaria a estas aportaciones sería la realizada por Bailey y Henry (2007), indicando que la Afectividad Negativa juega un papel mediador en la relación entre la dificultad en la identificación de emociones y la somatización.

La utilidad clínica de estas aportaciones parece limitada; pero si se asumiera como objetivo de intervención terapéutica a este potencial déficit en el proceso de reconocimiento emocional, podría ser de utilidad preguntarnos si la variable que mejor predice el resultado de la tarea de reconocimiento emocional sería la alexitimia o si pueden serlo otras variables relacionadas con el constructo, tales como ansiedad, depresión, malestar psicológico, intensidad y frecuencia del malestar (Cohen et al., 1994; Deary, Scott y Wilson, 1997; Infrasca, 1997; Taylor, Parker, Bagby y Acklin, 1992; Wise et al., 1992). Se aporta un anexo donde se especifican las correlaciones entre estas variables en los datos de esta muestra.

El objetivo del presente trabajo ha sido verificar si la alexitimia predice las respuestas de autoinforme de la reacción emocional, en mayor medida que determinadas variables clínicas relacionadas con el constructo en la investigación precedente.

Nuestra hipótesis consideraba que la mejor predicción de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el autoinforme de su reacción emocional, sería la puntuación obtenida en la TAS-20. Por la correlación de la alexitimia con algunas variables de uso frecuente en la práctica clínica, se esperaba que aunque esta predicción pudiera ser compartida en algún grado por éstas, sería la alexitimia la variable que en mayor proporción pueda predecir el déficit.

MÉTODOS

Sujetos

La muestra global de la investigación principal, de la que forma parte este estudio, está compuesta por dos grupos de sujetos que suman un total de 119 individuos. Un primer grupo lo componen 47 sujetos clínicos; mientras que el otro está compuesto por 72 sujetos no-clínicos, que fueron incluidos como controles. La media de edad de esta muestra es de 47,49 años (48,17 los clínicos y 49,96 los controles).

En el presente trabajo fueron considerados únicamente los sujetos clínicos, porque a los sujetos controles no se les realizó medida de las variables referidas a ansiedad, depresión, malestar psicológico y somatización. Este grupo de sujetos clínicos estaba compuesto por 12 hombres (25,53%) y 35 mujeres (74,46%). El 53,20% había tenido una escolarización básica o incompleta, el 38,30% había completado la enseñanza primaria o cursado la secundaria y el 8,50% había tenido formación universitaria.

El criterio de inclusión de los sujetos clínicos que forman parte de la muestra, ha sido la de haber sido remitidos a la Unidad de Salud Mental (USM) de Altabix en Elche (Alicante), perteneciente al servicio de salud público de la Comunidad Valenciana, debido a la presencia de somatizaciones en la demanda de atención clínica. También se incluyeron sujetos derivados por otros motivos y que, tras la evaluación de psiquiatras o psicólogos, se decidió que la atención terapéutica debía estar centrada en las limitaciones que producen en la vida cotidiana del paciente la presencia de somatizaciones o de malestar físico. En el presente estudio se han indicado los diagnósticos clínicos correspondientes a la evaluación profesional, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002). El 34,04% (n=16) de los sujetos clínicos fueron diagnosticados de trastorno somatomorfo indiferenciado, los diagnósticos de trastorno afectivo y adaptativo correspondieron al 27,65% cada uno (n=13 cada uno); siendo el 10,63%, el resto de los sujetos diagnosticados de trastornos de ansiedad.

Material

Estímulos evocadores

Para la inducción de emociones se ha empleado el material fotográfico de la base de imágenes afectivas denominada “International Affective Picture System” (IAPS; Lang, Bradley y Cuthbert,

1997). El IAPS lo desarrolla y distribuye el Centro para la Emoción y la Atención (CSEA) del Instituto Nacional para la Salud Mental de Estados Unidos (Nacional Institute for Mental Health; NIMH), en La Universidad de Florida.

Lang et al. (1998) presentan un modelo teórico de las emociones fundado en experimentos básicos de investigación animal y humana, confrontado por su investigación con material fotográfico, que induce una amplia variedad de reacciones emocionales. Estos autores plantean que en los humanos, como resultado de la evolución, los afectos evolucionados se caracterizan como estados motivacionales. Exponen que son dos los sistemas motivacionales que existen en el cerebro, el apetitivo y el defensivo, variando cada uno en términos de activación. La descripción se realizó en términos de "valencia afectiva" (agradable o aversivo) y "activación" (intensidad alta o baja).

En esta investigación, para la inducción de emociones y la correspondiente tarea de reconocimiento de imágenes, fueron seleccionadas 33 fotografías del IAPS (CSEA-NIMH, 1994); tres de ellas fueron elegidas para utilizar como ejemplos. Dichas imágenes han sido elegidas en función del nivel de puntuación en valencia afectiva (alta, media y baja) y activación (alta y media o medio-baja) en los datos del grupo normativo. Con estos estímulos también se han elaborado valores normativos españoles (Moltó et al., 1999). La combinación de dichos niveles de puntuación permite una clasificación de estos estímulos en *seis grupos o categorías* de estímulos emocionales, seleccionándose cinco imágenes por categoría. La Tabla 4 representa las categorías mencionadas, los valores que la definen y la selección de imágenes que componen cada categoría.

Cuadernillo de evaluación

El sistema de evaluación se ha basado en el Self Assessment Manikin (SAM), en versión de papel y lápiz. Este sistema de valoración de afectividad, ideada por Lang (1980), emplea un diseño gráfico que representa los valores de las dimensiones a evaluar en una escala continua, donde el sujeto indica su reacción emocional. Este cuadernillo también incluía una hoja de consentimiento informado para la participación en el experimento, y para el uso de sus datos de identificación y sociodemográficos en esta investigación.

Técnicas de autoinforme

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20): Escala que define operativamente a la alexitimia en tres áreas, correspondientes con una estructura de tres factores, que es congruente teóricamente con el constructo: FI: Dificultad identificando sentimientos; FII: Dificultad describiendo sentimientos a los demás; FIII: Pensamiento orientado a lo externo. Los autores de la versión origi-

Tabla 1
Categorías de clasificación de los estímulos del IAPS seleccionados, en relación a los valores en Valencia Afectiva y Activación de la muestra normativa del CSEA del NIMH (1994)

		Valencia afectiva		
		Alta (>6)	Neutra o media (4-6)	Baja (<3,5)
Activación	Alta (>5.5)	**G1** (5629-8030-8370-8470-8501)	**G2** (1931-5920-5950-7640-8160)	**G3** (2730-3170-6212-6550-7380)
	Media y Media -baja (3-5)	**G4** (2057-2340-2530-5831-8461)	**G5** (5900-5500-7182-7190-7170)	**G6** (2205-2490-9000-9220-9280)
(Entre paréntesis se consigna el número de imagen IAPS incluida en cada apartado)				

nal (Taylor et al., 1997) indican que la escala demostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.81) y fiabilidad test-retest en un intervalo de tres semanas (r= 0.77). La estabilidad y la replicabilidad de esta estructura de tres factores fue demostrada, tanto en población clínica, como no-clínica, mediante el uso de un análisis factorial de confirmación (Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993; Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994). En el presente estudio se utilizó la versión española de la escala TAS-20, adaptada al castellano por Martínez-Sánchez (1996), que demostró poseer una elevada consistencia interna (Cronbach = .78) y una alta confiabilidad test-retest, medida en un período de 19 semanas (r =. 71, p < .001); valores comparables con los registrados en los estudios de Taylor et al. (1997). Los tres factores aislados explicaron el 39,48% de la varianza, similar a la informada por los autores de la escala. Con la puntuación de los participantes en el total de la escala TAS-20 pueden establecerse tres categorías o niveles de alexitimia (Taylor et al. 1997): sujetos sin alexitimia (TAS-20 ≤ 51), posiblemente alexitímicos (52 ≤ TAS-20≥60) y alexitímicos (TAS-20 >60).

El cuestionario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961): Es un autoinforme que evalúa la presencia e intensidad de síntomas depresivos. Consta de 21 ítems que hacen referencia a aspectos particulares de la experiencia y sintomatología de la depresión. Existen unos rangos de puntuación que permiten clasificar la sintomatología como ausencia de depresión, depresión leve, moderada o grave (Salamero, 1991). Muestra una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,76-0,95) y la fiabilidad test-retest oscila alrededor de r = 0,8 (Beck, Steer, Garbin, 1988). La adaptación española de este cuestionario ha sido realizada por Sanz y Vázquez (1998).

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo de Spielberger (STAI-E): El inventario de ansiedad estado-rasgo es un autoinforme que valora ansiedad en las dimensiones de estado y rasgo, como su nombre indica. En este estudio sólo se administra la escala de ansiedad estado, que se utiliza para determinar la intensidad de la ansiedad en el momento de la administración de la prueba, como estado emocional transitorio del organismo. La escala de ansiedad-estado consta de 20 frases, que hacen referencia a cómo se puede sentir la persona "en ese momento". Cada ítem se evalúa en una escala de 0 a 3 puntos (0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = mucho). La consistencia interna de la escala de estado varía entre el 0,9 y 0,93, y la fiabilidad dos mitades es de 0,94. La validez concurrente con el factor de segundo orden –ansiedad del cuestionario de personalidad 16PF de Cattell–, se encuentra entre 0,55 y 0,58 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002). El cuestionario cumplimentado por los sujetos clínicos de este estudio es la versión española de TEA (Spielberger et al., 2002).

Symptom Check List de 90 ítems (SCL-90-R) de Derogatis (1977): Es un autoinforme que permite valorar alteraciones psicopatológicas o psicosomáticas en diferentes dimensiones: somatizaciones (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Consta de 90 ítems con respuesta en una escala (tipo Likert) graduada de 0 (ausencia de molestias relacionadas con los síntomas) a 4 (molestia máxima), según la intensidad del sufrimiento. Además de las nueve dimensiones sintomáticas, se obtiene una medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global (GSI), un índice que suma el número total de síntomas presentes para conocer la amplitud y diversidad de la psicopatología (PST), y un índice que relaciona el sufrimiento o malestar global con el numero de síntomas y que sirve de indicador de la intensidad sintomática media (PSDI). Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones típicas normalizadas, con media 50 y desviación típica 10, de manera que se consideran dentro de la normalidad las puntuaciones entre 40 y 60. La fiabilidad, evaluada mediante la consistencia interna, oscila entre 0,81 y 0,88 (correlación dos mitades), y entre 0,81 y 0,9 (alfa de Cronbach). La correlación test-retest, con un intervalo de una semana, en una muestra psiquiátrica de 219 pacientes, ofrece coeficientes de correlación que varían entre 0,78 y 0,90 (Derogatis, 1983). Resultados similares se han obtenido con datos españoles (Robles, Andreu y Peña, 2002), con una consistencia interna de 0.96 (alpha de Cronbach) en el total de la escala y 0.85 en la escala de somatización. En esta investigación se

ha empleado la versión española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido (2002).

Listado de síntomas somáticos: Se ha confeccionado un listado de síntomas a modo de inventario, donde el sujeto indique la frecuencia con la que los ha experimentado en la semana anterior al registro solicitado; empleando para esta evaluación una puntuación de 0 (ninguna vez) a 4 (muy frecuentemente). Este listado comprende los síntomas somáticos presentes en los criterios diagnósticos de los trastornos por somatización y los de ansiedad, incluidos en el DSM-IV-TR. Este listado sirve para ofrecer unos indicadores específicos del estado somático de cada sujeto, que será recogido con dos valores distintos por individuo:

1. Número de síntomas en los que el sujeto ha experimentado algún malestar (SinF).

2. Frecuencia media de síntomas, que es un valor relativo de somatización, resultado del cociente entre el total de frecuencia en todos los síntomas del listado y el número de síntomas en los que se ha indicado un valor superior a "0" (MSint).

Procedimiento

La presentación de estímulos y la autoevaluación de la reacción emocional por medio del SAM, se realizó en el centro de salud de Altabix en Elche (Alicante), bajo condiciones controladas que facilitaran el adecuado desarrollo de la prueba; aislando a los sujetos de distractores y estimulación que pudieran interferir durante su ejecución. En la aplicación se ha seguido estrictamente el manual técnico desarrollado por Lang, Bradley y Cuthbert (1997), presentando las imágenes sobre una pantalla de 1,5 metros de ancho y 1,14 de alto, situada a 4 metros de distancia del sujeto, aproximadamente. Para la proyección de las imágenes se utilizó un proyector Epson EMP-TW10H. Se balanceó el orden de presentación de las imágenes de forma aleatoria, realizando 13 órdenes de sucesión de imágenes distintos para 28 presentaciones.

Se ha controlado la variable "lateralidad", descartando las autoevaluaciones de los sujetos zurdos de la muestra, siguiendo la recomendación expresa de Parker, Taylor y Bagby (1993).

Análisis de datos

Han sido realizados varios análisis de regresión lineal múltiple entre las diversas variables independientes y las variables dependientes de la autoevaluación de la reacción emocional. El método de selección de variables fue *stepwise*.

Las variables independientes son las puntuaciones de los sujetos a las diversas técnicas de autoinfome: puntuación en la TAS-20 (TASG: puntuación total, TASI: factor I, TASII: factor II y TASIII: factor III), BDI, STAI-E, SCL-90-R (scl: total de la escala; scls: factor SOM), número de síntomas en los que cada sujeto ha experimentado malestar (SinF) y frecuencia media de síntomas (MSint).

Para el análisis estadístico se han calculado diversas variables dependientes, a partir de la puntuación de cada sujeto en su autoevaluación de valencia afectiva y activación. Son las variables dependientes grupales que representan a la media de los sujetos en determinadas imágenes:

— Global de los estímulos: "valencia total" y "activación total".

— Niveles de las dimensiones afectivas: "V_Alta", "V_Neutra" y V_Baja" para las puntuaciones a los niveles altos, neutros y bajos de la dimensión de valencia; "Act_Alta" y "Act_MB" para los niveles alto y medio-medio bajo de la dimensión de activación.

— Categorías específicas: Denominadas con el término "valencia" o "activación", seguido del nombre de la categoría específica.

Para los criterios de los diversos niveles y categorías puede ser consultada la Tabla 1.

RESULTADOS

Para conocer los principales predictores del reconocimiento emocional se realizaron varios análisis de regresión lineal múltiple. El método de selección de variables fue stepwise[1]. La Tabla

[1]Todas las ecuaciones de regresión se presentan en puntuaciones típicas, de forma que los coeficientes puedan ser comparables e interpretables.

2 muestra los resultados para cada modelo predictivo, mostrando únicamente los predictores cuyo coeficiente ß ha resultado ser significativo.

El modelo que predice de manera significativa la valencia total, es el que incluye el malestar psicológico (scl) y la frecuencia media de síntomas físicos experimentados (MSint). En conjunto, explican un 33,2% de la varianza del criterio valencia total, siendo la ecuación de regresión la siguiente:

Valencia = -0,772 ßscl +0,363 ßMSint

El modelo que predice la activación total incluye un único predictor, el malestar psicológico, explicando éste un 22% de la varianza de la activación y siendo su ecuación:

Activación = 0,469 ßscl

Tabla 2
Modelos de regresión para el reconocimiento emocional

Criterio	Predictores	ß	t	SIG.	R^2	SR^2	R^2
Valencia total	SCL	-0,772	-4,436	0,000	0,265	0,309	0,332
	MSINT	0,363	2,087	0,043	0,003	0,090	
Activación total	SCL	0,469	3,559	0,001	0,219	0,219	0,220
V_Alta	STAI-E	-0,294	-2,067	0,045	0,087	0,087	0,087
V_Neutra	SCL	-0,730	-4,056	0,000	0,210	0,272	0,285
	MSINT	0,383	2,130	0,039	0,017	0,093	
V_Baja	SCL	-0,407	-2,992	0,004	0,166	0,166	0,166
A_Alta	SCL	0,404	2,966	0,005	0,164	0,164	0,164
A_MB	SCL	0,508	3,961	0,000	0,259	0,259	0,259
Valencia G1							
Valencia G2	SCL	-0,340	-2,424	0,019	0,115	0,115	0,115
Valencia G3	SCL	-0,362	-2,608	0,012	0,131	0,131	0,131
Valencia G4	STAI-E	-0,337	-2,400	0,021	0,113	0,113	0,113
Valencia G5	SCL	-0,898	-5,960	0,000	0,175	0,400	0,514
	MSINT	0,637	4,240	0,000	0,000	0,203	
	EDAD	-0,389	-3,643	0,001	0,112	0,149	
Valencia G6	SCL	-0,384	-2,788	0,008	0,147	0,147	0,147
Activación G1							
Activación G2	SCL	0,658	3,833	0,000	0,131	0,250	0,251
	TASG	-0,454	-2,647	0,011	0,000	0,119	
Activación G3	SCL	0,405	2,970	0,005	0,164	0,164	0,164
Activación G4							
Activación G5	SCL	0,369	2,664	0,011	0,136	0,136	0,136
Activación G6	SCLS	0,547	4,384	0,000	0,299	0,299	0,299

Variables Independientes:
scl:puntuación total del SCL-90-R, STAI-E: Puntuación en STAI-Estado, TASG: Puntuación al total de la TAS-20, Msint: Frecuencia media de síntomas somáticos experimentados, Edad: edad de los sujetos.
Variables dependientes: valencia total=puntuación media de los sujetos en valencia al total de los estímulos; activación total= puntuación media en activación al total de los estímulos, V_Alta, V_Neutra y V_Baja= puntuación media de los sujetos a las imágenes de los niveles altos, neutros y bajos de valencia; A_Alta y A_MB: puntuación media de los sujetos a las imágenes de los niveles alto y medio-bajo de activación; Valencia G1 a G6: puntuación media de los sujetos a las imágenes de las categorías G1 a G6 en valencia; Activación G1 a G6: puntuación media de los sujetos a las imágenes de las categorías G1 a G6 en activación.

Es decir, a mayor malestar, mayor activación global experimentada, y viceversa.

Ha sido la puntuación total a la SCL-90-R (scl en esta investigación) la variable que ha aportado mayor varianza en la predicción de más variables dependientes, por sí sola o en conjunción con otras. Como se aprecia en la Tabla 2, es la principal predictora única en las siguientes variables y con los siguientes porcentajes de varianza del criterio explicada:

En sentido directo: Activación total (22%), Act_Alta (16,4%), Act_MB (25,9%), Act_G3 (16,4%) y Act_G5 (13,6%).

En sentido inverso: V_Baja (16,6%) y valencia de las categorías G2 (11,5%), G3 (13,1%)y G6 (14,7%).

Cuando comparte la predicción de la variable dependiente, la scl siempre explica una mayor parte de varianza que la otra u otras variables predictoras. Este ha sido el caso al explicar el 26,5% de la varianza de la valencia del total de imágenes con MSint (frecuencia media de síntomas físicos experimentados por el sujeto en una semana), que explicaba sólo el 0,3%; scl y MSint juntas explicaban el 33,2% de la varianza. También, junto a MSint ha explicado el 28,5% de la V_Neutra y, de forma compartida con MSint y Edad, ha explicado el 51,4% de la varianza de Valencia_G5.

El malestar psicológico y la alexitimia general son los predictores de la Activación_G2, explicando el 11,5% de su variabilidad. El malestar, en este caso, ejerce una influencia positiva, mientras que la alexitimia influye de manera inversa (a mayor alexitimia, menor activación, y viceversa).

El único caso en el que la puntuación en somatización (scls) aparece como predictor es en la variable Activación_G6, explicando el 29,9% de la varianza en un sentido positivo (a mayor somatización, mayor activación, y viceversa).

Por último, no ha sido posible establecer ningún modelo explicativo para las variables Valencia_G1, Activación_G1 y Activación_G4.

DISCUSIÓN

El principal predictor de la autoevaluación de la reacción emocional ha sido el malestar psicológico (scl), mostrando relaciones negativas con las variables de valencia, y positivas con las variables de activación. No se cumple la expectativa previa de una mejor predicción por parte de la alexitimia (TAS-20).

Debido a la correlación de las medidas con la alexitimia (Evren, Dalbudak, y Çakmak, 2008), es posible que parte del resultado “enmascare” el efecto del constructo en sus resultados. Efectivamente, es plausible plantearse si entre la alexitimia y el reconocimiento emocional no se encuentra el malestar físico como mediador de predicción; del mismo modo, que la afectividad negativa es mediadora en la relación entre la dificultad en identificar emociones y la somatización, según indica el trabajo de Bailey y Henry (2007). Pero nuestros resultados plantean que, con fines de utilidad clínica, la puntuación en el SCL-90-R se ha mostrado más efectiva en la predicción del reconocimiento emocional.

Estos resultados suscitan la utilidad de programar la intervención terapéutica, en relación al reconocimiento emocional, considerando algunos aspectos. En primer lugar, la mejor predicción de la reacción emocional ha sido la realizada por la puntuación en malestar psicológico, una variable con un significado amplio (puntuación total de la SCL-90-R). Este resultado sugiere que la intervención psicológica en sujetos somatizadores debería cubrir un amplio campo. Con esta estrategia podría mejorar potencialmente la evaluación de las emociones de los sujetos y podría normalizarse el nivel de reactividad, especialmente reducir la activación ante los estímulos negativos. En segundo lugar, la predicción realizada por la escala de somatización (scls), sugiere que parece importante que uno de los objetivos de la terapia sea trabajar con las emociones intensas que provoca la imagen de enfermedad y muerte, en estos sujetos. En último lugar, la predicción de las puntuaciones del STAI indican que los sujetos, con altos niveles de ansiedad, consideran las imágenes de valencia positiva o alta menos agradables que la valoración del grupo normativo. Por lo tanto, parece posible que la mejor forma de mejorar la capacidad de disfrutar de los estímulos positivos pueda consistir en el trabajo para mejorar la ansiedad.

En conclusión, la alexitimia no parece una condición suficiente para provocar des-regulación en el reconocimiento emocional, sino que es secun-

daria al malestar físico y emocional, al menos, en esta investigación. Esta conclusión está también avalada por otros resultados de la investigación, de la que forma parte este trabajo. En estos resultados, se evidenciaba que la condición clínica se asociaba a diferencias en la autoevaluación emocional, mientras que la alexitimia sólo parecía tener un papel mediador en la valoración de la valencia de los estímulos desagradables o de baja valencia (Sánchez-García, Martínez-Sánchez y van der Hofstadt, 2011a,b).

Los resultados de este trabajo, junto con las referidas aportaciones de esta investigación del proceso de reconocimiento emocional, sugieren que la autoevaluación es el resultado de una integración de procesos cerebrales de toma de conciencia donde influyen: el estado físico, el malestar psicológico y la valencia del estímulo.

Anexo
Correlaciones entre las diversas variables independientes

		TASG	TASI	TASII	TASIII	STAI-d	BDI	scl	scls	MSint
TASG	Correlación de Pearson	1	,894(**)	,836(**)	,526(**)	,637(**)	,642(**)	,649(**)	,463(**)	,364(*)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,012
	N	119	119	119	119	47	47	47	47	47
TASI	Correlación de Pearson	,894(**)	1	,695(**)	,182(**)	,625(**)	,608(**)	,662(**)	,498(**)	,330(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,048	,000	,000	,000	,000	,024
	N	119	119	119	119	47	47	47	47	47
TASII	Correlación de Pearson	,836(**)	,695(**)	1	,219(*)	,579(**)	,525(**)	,506(**)	,302(*)	,281
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,017	,000	,000	,000	,039	,056
	N	119	119	119	119	47	47	47	47	47
TASIII	Correlación de Pearson	,526(**)	,182(*)	,219(*)	1	,103	,205	,150	,122	,158
	Sig. (bilateral)	,000	,048	,017		,491	,168	,314	,414	,287
	N	119	119	119	119	47	47	47	47	47
STAI	Correlación de Pearson	,637(**)	,625(**)	,579(**)	,103	1	,634(**)	,602(**)	,429(**)	,459(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,491		,000	,000	,003	,001
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47
BDI	Correlación de Pearson	,642(**)	,608(**)	,525(**)	,205	,634(**)	1	,829(**)	,670(**)	,583(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,168	,000		,000	,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47
scI	Correlación de Pearson	,649(**)	,662(**)	,506(**)	,150	,602(**)	,829(**)	1	,871(**)	,706(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,314	,000	,000		,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47
scIs	Correlación de Pearson	,463(**)	,498(**)	,302(*)	,122	,429(**)	,670(**)	,871(**)	1	,787(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,039	,414	,003	,000	,000		,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47
MSint	Correlación de Pearson	,364(*)	,330(*)	,281	,158	,459(**)	,583(**)	,706(**)	,787(**)	1
	Sig. (bilateral)	,012	,024	,056	,287	,001	,000	,000	,000	
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47

* p<0,05; **p<0,01

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002 (Orig.: 2000).
2. **Bach, M. y Bach, D.:** Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. Psychotherapy and Psychosomatics 1995; 64(1): 43-48.
3. **Bach, M. y Bach, D.:** Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study. Psychotherapy and Psychosomatics 1996; 65(3): 150-152.
4. **Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J.:** The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research 1994; 38: 23-32.
5. **Bagby, R.M., Taylor, G.J. y Parker, J.D.A.:** The twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- II. Convergent discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research 1994; 38: 33-40.
6. **Bailey, P.E. y Henry, J.D.:** Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. Psychiatric Research 2007; 150: 13-20.
7. **Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.C.:** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8: 77-100.
8. **Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J.:** Inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561-571.
9. **Beresnevaité, M.:** Efficacy of alexithymia's correction and its relation with the course of ischaemic heart disease. Artículo presentado al Congreso Anual de los Cardiólogos Lituanos, Kaunas, Lituania, Mayo 1995.
10. **Center for the Study of Emotion and Attention [CSEA-NIMH].** The international affective picture system [photographic slides]. Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida 1994.
11. **Cohen, K., Auld, F. y Brooker, H.:** Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? Journal of Psychosomatic Research 1994; 38(2): 119-127.
12. **Deary, I.J., Scott, S. y Wilson, J.A.:** Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. Personality and Individual Differences 1997; 22(4): 551-564.
13. **Derogatis, L.R.:** Administration, Scoring, and Procedures Manual. Clinical Psychometric Research. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, 1977.
14. **Derogatis, L.R.:** SCL-90-R Administration and procedures. Manual II for the revised version of the SCL-90-R. Baltimore: John Hopkins University Press, 1983.
15. **Evren, C., Dalbudak, E., Çakmak, D.:** Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology in male alcohol-dependent inpatients. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008; 18: 1-8.
16. **Fukunishi, I., Ichikawa, M., Ichikawa, T. y Matsuzawa, K.:** Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. Psychological Reports 1994; 74: 568-570.
17. **González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M. y Rodríguez-Pulido, F.:** El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones; 2002.
18. **Grabe, H.J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R., Franke, G.H., Barnow, S., Freyberger, H.J. y Spitzer, C.:** Alexithymia and outcome in psychotherapy. Psychotherapy and Psychosomatics 2008; 77(3): 189-94.
19. **Infrasca, R.:** Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism. An experimental study. Psychotherapy and Psychosomatics 1997; 66(5): 276-280.
20. **Kauhanen, J., Julkunen, J. y Salonen, J.T.:** Alexithymia and perceived symptoms: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychotherapy and Psychosomatics 1991; 56(4): 247-252.
21. **Kirmayer, L.J. y Robbins, J. M.: Introduction:** concepts of somatization. En L.J. Kirmayer & J.M. Robbins (Eds.) Current concepts of somatization: research and clinical perspectives. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991; p. 1-19.
22. **Kooiman, C. G., Bolk, J.H., Brand, R., Trijsbur, R.W. y Rooijmans, H. G. M.:** Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? Psychosomatic Medicine 2000; 62: 768–778.
23. **Lang, P.J.:** Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J. B. Sidowski, J. H. Johnson, & T. A. Williams (Eds.), Technology in mental health care delivery systems. Norwood, NY: Ablex, 1980; p. 119-167.

24. **Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N.:** International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings (Tech. Rep. No. A-4). Gainesville, FL: University of Florida, The Center for Research in Psy-chophysiology, 1997. http://www.unifesp.br/dpsicobio/adap/instructions. pdf].
25. **Martínez Sánchez, F.:** Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Clínica y Salud 1996; 7(1): 19-32.
26. **Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M.C., Tormo, M.P., Ramírez, I., Hernández, M.A., Sánchez, M., Fernández, M.C., y Vila, J.:** Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. Revista de Psicología General y Aplicada 1999; 52: 55-87.
27. **Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S. y Schmitz, P.:** Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. European Journal of Personality, 7, 1993; 7: 221-232.
28. **Parker, J.D.A., Taylor, G.J. y Bagby, R.M.:** Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. Psychotherapy and Psychosomatics 1993; 59: 197-202.
29. **Robles Sánchez, J.I., Andreu Rodríguez, J.M. y Peña Fernández, M.E.:** SCL-90-R: Aplicación y análisis de propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. Psicopatología clínica legal y forense 2002; 2(1): 5-19.
30. **Salamero, M.:** Evaluación psicométrica. En J Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer (Comps.). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: SALVAT, 1991; p. 369-376.
31. **Sánchez-García, M.; Martínez-Sánchez, F. y van der Hofstadt, C.J.:** Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. Psicothema 2011a; 23(4): 707-712.
32. **Sánchez-García, M.; Martínez-Sánchez, F. y van der Hofstadt, C.J.:** Influencia de la condición clínica en la relación entre la alexitimia y el reconocimiento emocional: un estudio dimensional. Psicothema 2011b; 23(4): 713-718.
33. **Sandín, B., Santed, M.A., Chorot, P. y Valiente, R.:** Alexitimia, afecto positivo y negativo, y reactividad al estrés: relaciones con sintomatología somática y enfermedad. Análisis y modificación de conducta 1996; 22 (84): 435-460.
34. **Sanz, J. y Vázquez, C.:** Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. Psicothema 1998; 10(2): 303-318.
35. **Sensky, T.:** Somatization: syndromes or processes? Psychotherapy and Psychosomatics 1994; 61: 1-3.
36. **Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.:** Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española. Madrid: TEA, 2002.
37. **Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J.D.A.:** Disorders of affect regulation. Alexitimia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
38. **Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. y Acklin, M.W.:** Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. Journal of psychosomatic research 1992; 36(5): 417-424.
39. **Wise, T.N., Mann, L.S., Mitchell, J.D., Hryvniak, M. y Hill, B.:** Secondary Alexithymia: An empirical validation. Comprehensive Psychiatry 1992; 31: 284-288.